

# 高齢者の抑うつの実態と関連要因

## Depressive State of the Elderly and Its Correlates

青木 邦男・松本 耕二  
Kunio AOKI and Koji MATSUMOTO

### I. 緒言

「老いることの意味」が様々な局面で問われている。間に託されているのは老いに対する衰退、喪失のネガティブ・イメージ、あるいは成熟、円熟のポジティブ・イメージを再吟味して、老いの実相を明らかにし、可能性としての高齢期を見極め、かつ保障するパラダイムを作ることであろう。それは生涯発達の見点から、人生80年のライフサイクルを如何に生きるかであり、老年期を人生の最終ステージとして味わいのある生を再定義することであろう。

高齢期という最終ステージが充実したものであるためには、医療・社会福祉の充実の上に、高齢者自身の主体的な選択による生きがい追求が保障される経済、行政、文化的環境が整備され、一方で環境を生きる高齢者に身体の衰えや慢性疾患に勝る心の健康と意欲・気力が求められる。

ところで、そうした高齢者の心の健康や意欲・気力を衰退させ、生きがい追求や幸福感を損なうのが不安や抑うつ状態である。特に抑うつは高齢者の心身の安寧や幸福感を脅かすだけでなく、自殺に結びつく主要な気分障害であると考えられている<sup>1)~5)</sup>。例えば、前田ら<sup>6)</sup>は高齢者の主観的幸福感に統計的に有意な影響を及ぼしている要因の一つとして「うつスケール得点」を見出し、うつスケール得点と主観的幸福感との間に高い逆相関があることを明らかにしている。また松林ら<sup>7)</sup>は「Visual Analogue Scale」による老年者の主観的幸福感とうつ尺度との関連を調べ、有意な逆相関を認めている。自殺と抑うつの関係につ

いては、森田ら<sup>8)</sup>が新潟県における老人自殺を調査し、危険因子の主要因としてうつ状態を挙げている。Sainsbury<sup>9)</sup>は高齢自殺者の55%がうつ病であったと述べている。この他、多くの研究者によって疫学的にも臨床的にも、抑うつが高齢者の心身の健康や幸福感にマイナスの影響を及ぼすことが明らかにされている。高齢期は生物学的老化と共に、取り巻く社会・心理的環境によって抑うつに傾きやすいことが指摘されている<sup>10), 11)</sup>。したがって、高齢者の抑うつへの対応策を策定するためには高齢者の抑うつ実態を掌握することが急務といえよう。

しかしながら、高齢者における抑うつの実態については必ずしも十分に明らかにされている訳ではない。それは抑うつが発症が社会・文化的環境によって影響をうける<sup>2), 12), 13)</sup>ために、所属する地域や社会集団によって抑うつの実態はかなり異なることが予測されるためである。高齢者における抑うつの実態を熟知するためには、様々な社会・文化的な環境における高齢者集団の抑うつの実態を調査する必要がある。一方、抑うつには、性別<sup>13), 14)</sup>、年齢<sup>3), 15)</sup>、経済力<sup>1), 15)</sup>、身体疾患<sup>4), 16)</sup>、日常生活動作能力<sup>17), 18)</sup>などの要因が関連することが指摘されているが、その関連要因の規定力の程度(影響力)や関連要因の相互の関連性については必ずしも明らかにされていない。そこで、本研究ではY県の高齢者の抑うつの実態及び関連要因について調査研究したので報告する。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象者と調査方法

本研究では、抑うつの実態調査を骨格とした調査表である「高齢者の心身の健康」を作成し、1992年から1995年の4年間に郵送法、集合法、留置法、面接・聞き取り法のそれぞれの手法を用いて、60歳以上の高齢者を対象に調査を実施した。それら調査対象者の内訳と調査方法は表1のとおりである。

5回の調査で質問紙が回収できた有効回答者のうち、性別と抑うつ尺度項目の回答に欠損値のない2980名（男性2173名、女性807名）を本研究の分析対象者とした。

### 2. 調査期間

1992年から1995年の4年間である。

### 3. 調査内容

調査内容は各調査（各年度）ごとの目的に応じて異なるが、本研究に係わる項目である抑うつ状態、基本的属性、経済的項目ならびに身体的項目については、共通調査項目として全調査の調査内容とした。抑うつ状態、基本的属性、経済的項目ならびに身体的項目についての具体的な内容と必要な点数化を以下に示す。

#### (1) 抑うつ状態

ツァン (Zung, W.W.K) によって作成された抑うつ評定法で、その信頼性と妥当性が高い SDS (Self-rating Depression Scale) の更井ら<sup>19)</sup>による日本語改訂版20項目を使用した。各問に対して「めったにない(1点)」から「いつも(4点)」の4段階評定(逆転項目は点数が逆)で回答させ SDS 得点を算出した。得点の範囲は20点から80点である。一般に SDS 得点が40点以上の場合、病的な抑うつ症状と判定されるが、老人では SDS 得点が高くなる傾向にあるため、本研究ではカットオフ点を48点<sup>20)</sup>とし、それ以上の人の割合を抑うつ症状有症率とした。

#### (2) 基本的属性

年齢、性別、配偶者の有無、子どもの数の4項目を用いた。

#### (3) 経済的項目

年収について、「あなた(方ご夫婦)の収入は、年間いくらくらいになりますか?」の設問に対して、「1,200万未満(1点)」から「5,500万以上(5点)」の5段階選択肢に回答を求めた。

#### (4) 身体的項目

主観的健康度、受医療頻度、日常生活動作能力の3項目を用いた。主観的健康度は、「あなたは、現在、健康ですか?」という設問に対して「1.

表1. 調査対象者の内訳と調査方法

	調査対象者数	有効回答者数	分析対象者数	調査方法	調査年月
在宅高齢者(一般在宅高齢者)	4100	3028	2697	郵送法	1994年8-9月
Y県下高齢者退職会会員	男:3300	男:2349	男:2078	集合法	1995年9-10月
Y, N, U市在住高齢者	女:800	女:679	女:619		
健康教室参加高齢者	240	221	188	郵送法	1993年11-12月
Y厚生年金センター高齢健康教室	男:82	男:74	男:67	集合法	1995年11月
参加者・同窓生	女:158	女:147	女:121		
施設入居高齢者	95	95	95	留置法	1993年9-10月
Y市養護特別老人ホーム入居者	男:28	男:28	男:28	聞き取り法	
経費老人ホーム入居者	女:67	女:67	女:67	(面接)	
計	4435	3344	2980		
	男:3410	男:2451	男:2173		
	女:1025	女:893	女:807		

非常に健康（1点）」から「5. 病気で一日中寝込んでいる（5点）」の5段階選択肢に回答を求めた。受医療頻度については、一時的な風邪や下痢などを除き、医者の治療を受けている頻度について「1. ほとんど毎日（1点）」から「6. なし（6点）」の6段階選択肢に回答を求めた。そして日常生活動作能力（Activity of Daily Living；以下ADLと略す。）については「老研式活動能力指標」<sup>21)</sup>を用いて調査した。ADLの得点の範囲は0点（ノーマル）から13点である。

なお、分析対象者の基数は性別とSDSの回答に欠損値のない2980名（男性2173名、女性807名）であるが、他の設問毎に欠損値があるので、各分析によって有効分析対象者数はそれぞれ異なる。

### Ⅲ. 結果と考察

#### 1. 高齢者の抑うつの実態

男女別のSDS（抑うつ状態）平均得点の比較および男女別のSDS得点のヒストグラムを表2と図1、2に示す。

男性のSDS平均得点と標準偏差は37.5±7.8、女性は38.5±7.7であり、女性の方が男性よりも有意（ $t=3.61$ ,  $p<0.001$ ）に抑うつ状態が高い。男女差については、女性の方が男性よりも抑うつ状態が高いことが既に明らかにされている<sup>22, 23, 24)</sup>が、本分析対象者においても同様の結果が得られた。一方、48点をカットオフ点とした抑うつ症状有症率は、男性が11.9%、女性が13.5%であった。女性の方が男性よりも高い傾向がみられたが、有意な男女差は認められなかった（ $\chi^2=1.37$ , n.s.）。

SDS尺度を用いた高齢者の抑うつ調査はいく

つかみられる。更井<sup>19)</sup>はH県の複数地区を調査し、60歳以上の調査対象者について、男性高齢者のSDS平均得点は40.4~44.6点、そのうち有症率は21.4~24.2%で、女性高齢者では41.7~44.9点、有症率は25.9~30.7%としている。さらにその後、65歳以上の在宅老人のうつ状態調査結果<sup>20)</sup>として、有症率が平均で男性高齢者の14.1%と女性高齢者の20.4%を報告している。また手島ら<sup>22)</sup>は患者介護者の抑うつ状態を調べ、60歳以上の男性のSDS平均得点は37.0点、女性は40.0点であったことを、新野<sup>23)</sup>は60歳以上の高齢者1031人のSDS平均得点と有症率は、それぞれ男性で36.1点と9.6%、女性では38.8点と12.0%であったと報告している。

こうした先行研究における報告と本研究での調査結果を比較してみると、本調査結果におけるSDS平均得点と有症率は低い部類に入ると推察される。更井<sup>19)</sup>はH県の65歳以上の在宅老人のうつ状態調査結果で、都市部の抑うつ者（SDS得点で48点以上）は平均して13.9%で少なく、過疎地である山間部は平均して21.5%で多かっことを報告している。その背景因子として、山間部は人口構成上老人が25%を占め、老人夫婦が核家族として主に農業をしながら家計を支えており、経済的に苦しく、精神的に淋しく、身体的に腰痛・関節痛を持ち、高血圧も多く、心に余裕がないなどのストレス状況を挙げている。本研究における分析対象者はY県下全域にわたり在住しており、調査対象者の地域属性としてはおしなべて、まだ保守的な地域共同体が色濃く残るが、緑豊かな（都市在住の高齢者と見なすことができる。したがっ

表2. 男女別のSDS平均得点の比較

性別	SDS得点 (平均得点±標準偏差)	t検定結果	抑うつ症状 有症率(%)	$\chi^2$ 検定結果
男性	37.5±7.8	t=3.61 p<0.001	11.9	$\chi^2=1.37$ n.s.
女性	38.5±7.7		13.5	
全体	37.8±7.8		12.3	

高齢者の抑うつの実態と関連要因

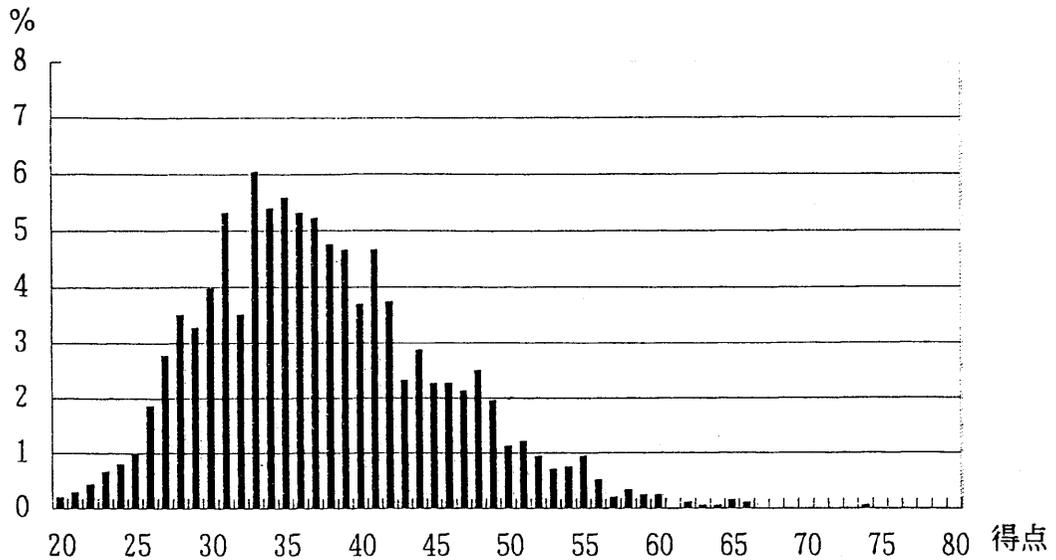


図1. 男性高齢者のSDS得点のヒストグラム

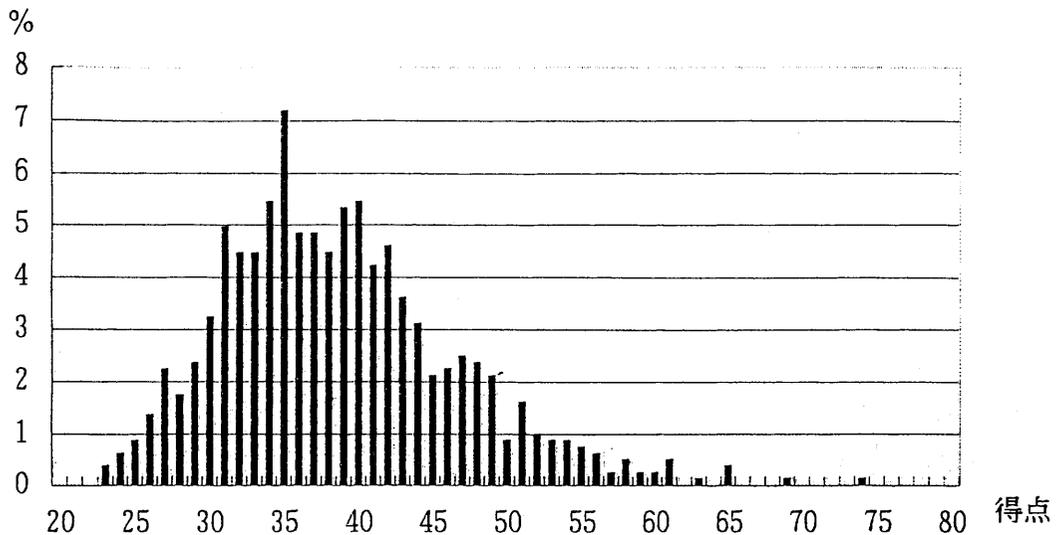


図2. 女性高齢者のSDS得点のヒストグラム

て、本分析対象者である高齢者を取り巻く経済的、文化的環境が総体としてストレスの少ない状態であると考えてよく、そうした背景が本分析対象者の抑うつ状態を低くしていると解釈される。

いずれにしろ、種々の研究における高齢者の抑うつの実態と抑うつ症状有症率の差異はそれぞれの研究における調査対象者の属性の違いから生じ

るものと考えられる。もしそうであれば高齢者の抑うつの実態と抑うつ症状有症率を正確に把握するためには、対象属性を明確にしたサンプリングを用いて、当該高齢者集団にかなう抑うつの実態と抑うつ症状有症率を明らかにしていくことが必要であろう。その成果によって、対象属性に相応しい対応策が策定できると考えられる。

## 2. 属性別の抑うつの実態

属性ごとのカテゴリー別SDS平均得点とF検定結果、さらにF検定結果で有意差のみられた項目のScheffeの多重比較結果を男女別に表3、4に示す。以下、Scheffeの多重比較結果に焦点をおいて考察を試みる。

年齢については、男性において有意差がみられた。多重比較の結果、60歳代は70歳代および80歳代に比べて有意にSDS平均得点が高い。先行研究では、(1)加齢と共に抑うつ状態および抑うつ症状有症率が増加する<sup>19)</sup>。(2)男性では加齢と共に抑うつ状態および抑うつ症状有症率が増加するが、女性では必ずしも直線的な増加傾向はない<sup>20), 21)</sup>。(3)男女ともはっきりした傾向は認められない<sup>22)</sup>。の報告がある。本研究結果は上記(2)の男性では加齢と共に抑うつ状態および抑うつ症状有症率が増加するが、女性では必ずしも直線的な増加傾向はないを追試した結果になった。

配偶者の有無については、男性において有意差がみられた。多重比較の結果、健在が死別に比べて、有意にSDS平均得点が高い。更井<sup>19)</sup>や広瀬<sup>1)</sup>は自らの調査結果や臨床経験から、抑うつ状態をもたらす要因の一つとして死別を挙げている。したがって、健在が死別に比べて有意にSDS平均得点が高いことは首肯できる。ただ、本研究では女性においては有意差が認められなかった。こうした男女差の可能な説明としては以下のようなことが推察される。一般的に、男性は女性に比べて、配偶者との死別は喪失感のみならず、日常生活の衣食住に係わる不便をきたすことによって過大なストレスを経験するために抑うつが高くなりやすい。一方、女性は夫に先立たれることをいわば社会通念として受け入れているために心の準備ができており、抑うつ感はやさほど高まらないか、高まってもグリーン・ワークを終えると回復が早いと推察される。

子どもの数については、多重比較の結果、男女共に有意な組み合わせは認められなかった。要は、子どもが親（高齢者）にとって心の支えとなっているかが問題で、子どもの数の多寡よりも質が重

要ということであろう。

年収については、男性において有意差がみられた。多重比較の結果、概要として年収が多い高齢者は低い高齢者に比べて、有意にSDS平均得点が高いと言えよう。一般的に、経済的にゆとりがあることは、衣食住費や受医療費等の生活上の不安を軽減し、抑うつ気分の発症を押さえると考えられよう。したがって、年収が多い高齢者は低い高齢者に比べて有意にSDS平均得点が高いことは納得がいく。ただ本研究においては女性には有意差が認められなかった。本研究の女性高齢者では、収入の多寡（不安）が抑うつを引き出す影響力よりも他に強い要因があり、その規定力が収入の影響を消していると考えられる。

主観的健康度については、男女共に有意差がみられた。多重比較の結果、健康であるほどSDS平均得点が高いと言える。主観的健康度は当然ながら客観的身体的な健康状態（慢性疾患、体の痛み、夜間排尿回数など）と強い関連を示すもので、社会的、心理的、身体的な統合体としての「健康」、あるいは「健康状態」の主観的な認識であると考えられている<sup>23), 24)</sup>。したがって主観的健康度で健康であると認識する者ほど、社会的、心理的、身体的にWell-Beingな状態にある訳で、抑うつ状態は低いと考えられる。また抑うつ気分がないからこそ、主観的健康状態を良好（健康）だと自覚できるとも言えよう。

受医療頻度とADLについては、いずれも男女共に有意差がみられた。多重比較の結果、頻繁に医者の治療を受けている高齢者ほど、SDS平均得点が高い。またADLでは、できない日常生活動作能力が増えるほど、SDS平均得点が高い。木戸ら<sup>25)</sup>や井原<sup>17)</sup>、長田ら<sup>18)</sup>は慢性の身体疾患や日常生活動作能力の低い者が抑うつ状態が高いことを既に明らかにしているが、本調査結果もこれら結果を追認するものであった。慢性の身体疾患や日常生活動作能力の不良は日常生活の制限や統制不能の状況を生起させ、無力感や不能感から抑うつに導くと考えられる。

対象特性については、男女共に有意差がみられ

表3. 男性の属性・カテゴリー別 SDS 平均得点の比較

属性項目	カテゴリー	対象者数	SDS 得点	F 検定結果	Scheffeの検定結果*
1. 年齢	1. 60～69歳	1583	37.0± 7.6	F= 11.24***	1-2**
	2. 70～79歳	479	38.5± 8.1		1-3**
	3. 80～89歳	102	40.6± 9.0		
	4. 90歳～	9	41.7± 8.0		
2. 配偶者の有無	1. 健在	2007	37.3± 7.7	F= 5.33**	1-3**
	2. 離別	37	38.1± 8.3		
	3. 死別	118	40.1± 8.7		
	4. 未婚	6	41.2± 6.3		
3. 子どもの数	1. なし	112	38.5± 8.2	F= 2.72*	
	2. 1人	311	37.5± 8.2		
	3. 2人	1119	37.1± 7.4		
	4. 3人	485	37.7± 8.1		
	5. 4人以上	140	39.2± 8.8		
4. 年収	1. 200万未満	178	37.5± 8.1	F= 24.11***	1-2* 3-5**
	2. 200～300万未満	682	39.6± 8.2		1-5*
	3. 300～400万未満	740	37.1± 7.7		2-3***
	4. 400～500万未満	292	35.7± 7.0		2-4***
	5. 500万以上	232	34.8± 6.3		2-5***
5. 主観的健康度	1. 非常に健康	88	30.8± 5.2	F=136.07***	1-2*** 1-3***
	2. 健康	994	34.8± 6.5		1-4*** 1-5***
	3. あまり健康とはいえない が病気ではない	897	39.5± 7.3		2-3*** 2-4***
	4. 病気がちで寝込むことがある	156	45.0± 8.0		2-5*** 3-4*
	5. 病気で一日中寝込んでいる	30	48.1±10.2		3-5***
6. 受医療頻度	1. ほとんど毎日	66	44.0± 9.6	F= 27.26***	1-2* 2-4*
	2. 週に1～2回程度	214	40.3± 8.6		1-3*** 2-6***
	3. 2週に1回程度	564	38.0± 7.6		1-4*** 3-6***
	4. 1カ月に1回程度	393	37.9± 7.9		1-5* 4-6***
	5. 3カ月に1回程度	74	39.1± 8.5		1-6*** 5-6*
	6. なし	831	35.6± 6.8		2-3*
7. ADL	1. 0点(ノーマル)	1133	35.6± 7.0	F= 77.10***	1-2*** 2-3***
	2. 1点	442	37.5± 7.6		1-3*** 2-4***
	3. 2～3点	394	40.0± 7.4		1-4*** 2-5***
	4. 4～5点	97	42.1± 8.0		1-5*** 3-5***
	5. 6点以上	68	48.3± 8.6		4-5***
8. 対象特性	1. 健康教室参加高齢者	67	34.7± 7.6	F= 4.61*	1-2*
	2. 在宅高齢者	2078	37.6± 7.8		
	3. 施設入居高齢者	28	37.8± 6.2		

Note: \*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

: \* 5%有意水準以下で有意差のあった組み合わせのみを表示した。例えば、1-2は当該属性カテゴリーの1と2の組み合わせを示している。

表4. 女性の属性・カテゴリー別SDS平均得点の比較

属性項目	カテゴリー	対象者数	SDS得点	F検定結果	Scheffeの検定結果*	
1. 年齢	1. 60～69歳	455	38.2± 7.5	F= 2.37 n.s.		
	2. 70～79歳	228	39.1± 8.3			
	3. 80～89歳	108	39.3± 7.8			
	4. 90歳～	16	42.4± 7.9			
2. 配偶者の有無	1. 健在	382	38.1± 7.6	F= 1.45 n.s.		
	2. 離別	191	39.1± 8.4			
	3. 死別	177	39.4± 7.7			
	4. 未婚	56	38.5± 7.5			
3. 子どもの数	1. なし	137	39.9± 8.6	F= 1.89 n.s.		
	2. 1人	145	38.4± 8.2			
	3. 2人	300	38.6± 7.4			
	4. 3人	122	37.4± 6.5			
	5. 4人以上	101	39.1± 8.7			
4. 年収	1. 200万未満	191	39.5± 7.7	F= 1.90 n.s.		
	2. 200～300万未満	245	38.4± 7.7			
	3. 300～400万未満	137	39.1± 8.0			
	4. 400～500万未満	104	38.5± 8.4			
	5. 500万以上	73	36.6± 7.4			
5. 主観的健康度	1. 非常に健康	45	33.4± 5.4	F= 32.26***	1-3*** 2-5***	
	2. 健康	271	36.1± 6.4			1-4*** 3-4*
	3. あまり健康とはいえない が病気ではない	369	39.5± 7.5			1-5*** 3-5*** 2-3*** 3-4*
	4. 病気がちで寝込むことがある	79	42.6± 7.8			2-4***
	5. 病気で一日中寝込んでいる	42	46.0±10.0			
6. 受医療頻度	1. ほとんど毎日	32	43.1± 8.9	F= 10.33***	1-6***	
	2. 週に1～2回程度	94	41.4± 8.2			2-6***
	3. 2週に1回程度	237	39.8± 7.9			3-6***
	4. 1カ月に1回程度	146	38.4± 7.2			
	5. 3カ月に1回程度	34	38.5± 7.9			
	6. なし	259	36.4± 7.1			
7. ADL	1. 0点(ノーマル)	460	37.0± 6.8	F= 20.62***	1-3*** 2-5***	
	2. 1点	133	38.3± 7.0			1-4***
	3. 2～3点	115	41.2± 7.0			1-5***
	4. 4～5点	38	43.0± 9.9			2-3*
	5. 6点以上	53	44.6± 9.7			4-4***
8. 対象特性	1. 健康教室参加高齢者	121	37.3± 6.8	F= 3.77*	1-3*	
	2. 在宅高齢者	619	38.7± 7.8			
	3. 施設入居高齢者	67	40.5± 9.5			

Note: \* $p<0.05$ , \*\*\*  $p<0.001$ 

: \* 5%有意水準以下で有意差のあった組み合わせのみを表示した。例えば、1-2は当該属性カテゴリーの1と2の組み合わせを示している。

た。多重比較の結果、健康教室参加高齢者は一般の在宅高齢者や施設入居高齢者に比べて、抑うつ状態が低いと言えよう。健康教室参加高齢者は健康教室に自発的に参加するほどの意欲、活動性、健康をもつ高齢者であり、本質的に抑うつ状態が低いことは当然の帰結であろう。加えて健康教室での運動実施や豊かな人間関係が健康教室参加高齢者の抑うつ状態を軽減している可能性も高い<sup>29)</sup>と考えられる。

### 3. 高齢者の抑うつ状態に関連する要因

高齢者の抑うつ状態に関連する要因を検討するために、SDS得点を基準変数(従属変数)とし、配偶者の有無から居住形態までの7要因(表5、6)を説明変数として重回帰分析を行った。その際、年齢については他要因との関連が強く、多重共線性の恐れが生じるので説明変数から除いた。さらに説明変数の内、配偶者の有無には「有り」に1、「無し」に0を、居住形態には「施設入居者」に1、「在宅者」に0を与えて、それぞれダミー変数とした。分析にあたっては全変数一括投入と5%有意水準をめどにした変数増減法を用いた。またSDS平均得点に有意な男女差がみられたので男女別に分析を施した。その結果を表5、6に示す。

まず、男性については、変数増減法による要因選択の結果、「年収」、「主観的健康度」、「ADL」、「居住形態」の4要因が選択された。その重相関係数は $R=0.496$  ( $R^2=0.246$ )であった(表5)。

標準偏回帰係数( $\beta$ )から要因の規定力の方向と強さをみると、年収では高額であるほど、主観的健康度では健康であるほど、ADLでは活動能力に不能がない(ノーマル)ほど、そして居住形態では在宅であることが、抑うつ状態を低くしていると解釈される。特に主観的健康度とADLが抑うつ状態に強い関連を有している。

一方、女性については、変数増減法による要因選択の結果、「子どもの数」、「主観的健康度」、「受医療頻度」、「ADL」、「居住形態」の5要因が選択された。その重相関係数は $R=0.456$  ( $R^2$

$=0.208$ )であった(表6)。

標準偏回帰係数( $\beta$ )から要因の規定力の方向と強さをみると、子どもの数では多いほど、主観的健康度では健康であるほど、受医療頻度では頻度が少ないかないほど、ADLでは活動能力に不能がない(ノーマル)ほど、そして居住形態では在宅であることが、抑うつ状態を低くしていると解釈される。特に主観的健康度とADLが抑うつ状態に強い関連を有している。

男女共に抑うつ状態に強い関連を示した要因は、主観的健康度とADLであった。主観的健康度は既に考察したように、身体的健康指標、精神的健康指標や社会的要因との関連が明らかにされており、主観的健康度は客観的・身体的な健康のみならず、精神的健康をも反映した簡便でかつ総合的な健康指標であると評価されている<sup>27), 30)</sup>。しかも、主観的健康度は高齢者の主観的幸福感を規定する主要な要因であることも明らかにされている<sup>31), 32)</sup>。したがって、主観的健康度で健康度の高い者、すなわち強く健康だと自覚する者は身体的、精神的、社会的に、日常生活に適応し、充実している状態であると考えられ、抑うつ状態が低いことは当然の帰結と言えよう。一方、ADLは「手段的自立」、「知的能動性」、「社会的役割」の3因子より構成されている<sup>21)</sup>。ADLの得点が高くなることは、これら3因子に障害をもつことであり、それは基本的な日常生活の制限のみならず生きる意味を生み出す余暇、探求・探索、創作などの活動(知的能動性)や人間関係や社会的貢献(社会的役割)の縮小や破綻を引き起こし、そのことが高齢者の心に不全感や悲哀感を生み出し抑うつ状態に落ちいらせると推察される。

ところで、身体疾患や慢性疾患が高齢者の抑うつ状態に関連する主要な要因の一つとして多くの研究者によって提示されている<sup>4), 13), 14), 16), 17), 18)</sup>。本研究で主観的健康度とADLが他の要因に比べて有意で強い関連を持つという結果は、その具体的な規定力と内容を示すと考えられる。すなわち、単に身体疾患や慢性疾患を有するというのではなく、それらの疾患が日常生活に与える具体的な影

表5. 男性のSDS得点に関連する要因の重回帰分析

要 因	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	
	全変数一括投入	変数増減法
1. 配偶者の有無	-0.017	
1. 有		
0. 無		
2. 子どもの数	-0.003	
0~7人		
3. 年収	-0.085***	-0.086***
1. 200万未満		
2. 200-300万未満		
3. 300-400万未満		
4. 400-500万未満		
5. 500万以上		
4. 主観的健康度	0.357***	0.366***
1. 非常に健康		
2. 健康		
3. あまり健康とはいえないが病気ではない		
4. 病気がちで寝込むことがある		
5. 病気で一日中寝込んでいる		
5. 受医療頻度	-0.021	
1. ほとんど毎日		
2. 週に1~2回程度		
3. 2週に1回程度		
4. 1カ月に1回程度		
5. 3カ月に1回程度		
6. なし		
6. ADL	0.224***	0.225***
0~13点		
7. 居住形態	0.059***	0.055***
1. 施設入居者		
0. 在宅者		
重相関係数R	0.497***	0.496***
(R <sup>2</sup> )	(0.247)	(0.246)

\* p&lt;0.05\*\*\* p&lt;0.001

響(主観的健康度やADLの良否)によって、抑うつ状態の濃淡が決まる。すなわち、それら疾患に起因する日常生活の制限、不能、障害の強弱が、その結果としての無能感、不能感、絶望感、喪失感等の強弱、そして抑うつ状態の強弱に影響すると考えられる<sup>4)</sup>。いずれにしろ男女高齢者共に抑

うつ状態に強い関連を示す要因として、主観的健康度とADLに注目しなければならない。

次に、居住形態が男女共に抑うつ状態に有意な関連を示している。新野<sup>20)</sup>は調査研究の結果として、在宅高齢者は施設入居高齢者よりも低い抑うつ状態や抑うつ症状有症率を示すことを明らかに

表6. 女性のSDS得点に関連する要因の重回帰分析

要 因	標準偏回帰係数 (β)	
	全変数一括投入	変数増減法
1. 配偶者の有無	0.059	
1. 有		
0. 無		
2. 子どもの数	-0.098 **	-0.096 **
0～7人		
3. 年収	-0.040	
1. 200万未満		
2. 200-300万未満		
3. 300-400万未満		
4. 400-500万未満		
5. 500万以上		
4. 主観的健康度	0.299 ***	0.300 ***
1. 非常に健康		
2. 健康		
3. あまり健康とはいえないが病気ではない		
4. 病気がちで寝込むことがある		
5. 病気で一日中寝込んでいる		
5. 受医療頻度	-0.124 ***	-0.117 **
1. ほとんど毎日		
2. 週に1～2回程度		
3. 2週に1回程度		
4. 1ヵ月に1回程度		
5. 3ヵ月に1回程度		
6. なし		
6. ADL	0.243 ***	0.240 ***
0～13点		
7. 居住形態	0.055	0.067 *
1. 施設入居者		
0. 在宅者		
重相関係数R	0.460 ***	0.456 ***
(R <sup>2</sup> )	(0.212)	(0.208)

\* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

し、その説明として、養護ホーム（施設入居高齢者）が心身上、または環境上および経済上のなんらかの問題を抱えている高齢者を受け入れるという特性に起因するためであるとしている。新野のこの説明は現状では妥当な解釈であり、そのとおりだと思われる。ただ、本研究においては、その

標準偏回帰係数は非常に小さい。したがって、影響を持つものの規定力は微々たるものと言えよう。

次に、男性で有意に関連する要因として、年収が、女性では子どもの数と受医療頻度が見い出された。年収では高収入であるほど、子どもの数では多いほど、そして受医療頻度では少ないかない

ほど、抑うつ状態を低くしている。この結果は、経済的に安定していて、いざというときに頼れる可能性が高く（子どもが多く）、疾病なく健康に過ごすことが抑うつ感を生じさせないことを意味するものであり、経験則からも納得がいく。しかし、この男女差はどのような理由によるのであろうか。一つには他要因との相互関連の中で有意な関連性（標準偏回帰係数）が一方の性のみに見失われた可能性がある。例えば、受医療頻度はSDS得点と有意な単相関（男性で  $r = -0.426$  ( $p < 0.001$ )、女性で  $r = -0.373$  ( $p < 0.001$ ))を示すが、重回帰分析の結果では、他要因との相互関連のために、女性のみにも有意な標準偏回帰係数として要因選択されたと考えられる。年収や子どもの数については、こうした重回帰分析の分析上の特性に加えて、男女の特性が影響していることが推察される。一ノ渡<sup>10)</sup>は女性の方が男性よりうつ病あるいは抑うつ状態・症状の出現率が高いことに言及して、その性差の理由として、女性は男性に比べて社会性が乏しいこと、財政上の問題や死の不安に対して過敏なことなどを例示している。女性が不安に捕らえられやすく、他者依存的であること<sup>30)</sup>などは確かに子どもへの依存へと導き、子どもの数の関連を説明することを可能にするであろう。しかし年収では、男性のみにF検定結果、重回帰分析の結果に有意な差や関連が見出されており、女性よりも男性の方にこそ財政上の問題に敏感であることが指摘されねばならない。高齢期の社会的、心理的な性格特性の性差に係わる知見は少なく、それに依拠して解釈することは時期尚早だと判断されることから男女差による解釈は今後の課題としたい。

#### IV. 要 約

Y県下在住の60歳以上の高齢者2980名（男性2173名、女性807名）を対象に、抑うつ状態とそれに関連する要因を質問紙法にて調査を実施した。その結果、以下のことが明らかになった。

- (1) SDS平均得点と標準偏差は男性で  $37.5 \pm 7.8$ 、女性で  $38.5 \pm 7.7$  であり、女性の方が男性より

も有意 ( $t = 3.61$ ,  $p < 0.001$ ) に抑うつ状態が高い。また抑うつ症状有症率は、男性が11.9%、女性が13.5%であった。

- (2) 属性ごとのカテゴリ別SDS平均得点のF検定の結果、男性では「年齢」、「配偶者の有無」、「子どもの数」、「年収」、「主観的健康度」、「受医療頻度」、「ADL」、「対象特性」に有意差 ( $p < 0.001 \sim 0.05$ ) がみられた。女性では「主観的健康度」、「受医療頻度」、「ADL」、「対象特性」に有意差 ( $p < 0.001 \sim 0.05$ ) がみられた。

Scheffeの多重比較の結果、男性においては年齢では60歳代が70歳代および80歳代に比べて、配偶者の有無では健在が死別に比べて、年収では高年収が低年収に比べて、主観的健康度では健康が病気に比べて、受医療頻度ではないか低頻度が高頻度に比べて、ADLではノーマルが多不能に比べて、対象特性では健康教室参加高齢者が一般の在宅高齢者に比べて、それぞれSDS平均得点が低かった。女性においては主観的健康度では健康が病気に比べて、受医療頻度ではないか低頻度が高頻度に比べて、ADLではノーマルが多不能に比べて、対象特性では健康教室参加高齢者が施設入居高齢者に比べて、それぞれSDS平均得点が低かった。

- (3) 抑うつ状態に関連する要因を5%有意水準をめどにした変数増減法による重回帰分析で検討した結果、男性では「年収」、「主観的健康度」、「ADL」、「居住形態」の4要因が選択された。その重相関係数は  $R = 0.496$  ( $R^2 = 0.246$ ) であった。女性では、「子どもの数」、「主観的健康度」、「受医療頻度」、「ADL」、「居住形態」の5要因が選択された。その重相関係数は  $R = 0.456$  ( $R^2 = 0.208$ ) であった。

標準偏回帰係数 ( $\beta$ ) から要因の規定力の方向と強さをみると、男性においては年収では高額であるほど、主観的健康度では健康であるほど、ADLでは活動能力に不能がない（ノーマル）ほど、そして居住形態では在宅であることが、SDS得点を低くしている。そして主観的健康度とADLが抑うつ状態に強い関連を有し

ている。女性においては、子どもの数では多いほど、主観的健康度では健康であるほど、受医療頻度では頻度が少なくかないほど、ADLでは活動能力に不能がない（ノーマル）ほど、そして居住形態では在宅であることが、SDS得点を低くしている。そして主観的健康度とADLが抑うつ状態に強い関連を有している。

ところで本研究では抑うつ状態に関連する要因として、先行研究を吟味して関連があると推定される要因を選定した。重回帰分析の結果、男性における重相関係数は $R=0.498$ 、女性における重相関係数は $R=0.456$ であり、高齢者の抑うつ状態を十分に説明しようとは言い難く、他に抑うつに関連する要因が存在することが推察される。特に、高齢者を取り巻く環境・文化的要因や人間関係（ソーシャル・ネットワーク）などの要因の関連性が調べられなければならないだろう。また関連の因果の方向を明確にするためには縦断的な研究が必要とされる。今後、これらの点を課題として研究を進めたい。

## 文 献

- 1) 大森健一：高齢者のうつ病・うつ状態と生活環境要因。老年精神医学雑誌，1(9):1074-1081(1990)。
- 2) 柄澤昭秀：疫学—うつ病とうつ状態の有病率を中心に—。老年精神医学，1(4):458-466(1984)。
- 3) 笠原洋勇，井上栄吉，樺島司ほか：老年期のうつ病・うつ状態の臨床像について。老年精神医学雑誌，1(9):1107-1116(1990)。
- 4) 広瀬徹也：老年期の抑うつ感。臨床精神医学，20(1):21-27(1991)。
- 5) 柴田博，芳賀博，長田久雄ほか：老年学入門，141-218，川島書店，東京(1993)。
- 6) 前田大作，野口裕二，玉野和志ほか：高齢者の主観的幸福度の構造と要因。社会老年学，30:3-16(1989)。
- 7) 松林公蔵，木村茂昭，岩崎智子ほか：“Visual Analogue Scale”による老年者の「主観的幸福度」の客観的評価：I—標準的うつ尺度との関連—。日本老年医学会雑誌，29(11):811-816(1992)。
- 8) 森田昌宏，須賀良一，内藤昭彦ほか：老人自殺多発地域における老年期うつ病の疫学調査。社会精神医学，10(2):130-137(1987)。
- 9) Sainsbury, P. : Suicide in late life. Geront. Clin. 4:161-170(1962)。
- 10) 齊藤正彦：高齢者の抑うつ。こころの科学，50:59-63(1993)。
- 11) 大森健一：老年期のうつ病。こころの科学，5:52-59(1986)。
- 12) 新福尚武：老年期のうつ状態・うつ病の概念。老年精神医学雑誌，1(9):1059-1065(1990)。
- 13) 更井啓介：老年期デプレッションの疫学。老年精神医学雑誌，1(9):1066-1073(1990)。
- 14) 一ノ渡尚道：うつ病。老年精神医学雑誌，3(6):614-620(1992)。
- 15) 安藤孝敏，矢富直美，岡村清子，ほか：在宅老人における抑うつ傾向と関連要因—Geriatric Depression Scaleによる測定と分析—。日本老年社会学会第37会大会報告要旨集，p.108(1995)。
- 16) 木戸又三：身体疾患とうつ状態。老年精神医学雑誌，1(9):1090-1096(1990)。
- 17) 井原一成：地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究。日本公衆衛生雑誌，40(2):85-93(1993)。
- 18) 長田久雄，柴田博，芳賀博ほか：後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力。日本公衆衛生雑誌，42(10):897-909(1995)。
- 19) 更井啓介：うつ状態の疫学調査。精神神経学雑誌，81(12):777-784(1979)。
- 20) 原谷隆史：抑うつ尺度。保健の科学，33(10):676-672(1991)。
- 21) 古谷野巨，柴田博，中里克治ほか：地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力

- 指標の開発一。日本公衆衛生雑誌, 34(3):109-114 (1987).
- 22) 手島陸久, 岡本多喜子, 岡村清子ほか: 在宅脳血管障害患者の介護者の抑うつ状態とその規定要因。社会老年学, 33:26-37 (1991).
- 23) 新野直明: 老人における抑うつ症状の有症率。日本老年医学会雑誌, 25(4):403-407 (1988).
- 24) 岸 玲子, 江口照子, 前田信雄ほか: 前期高齢者と後期高齢者の健康状態とソーシャル・ネットワーク—農村地域における高齢者(60~80歳)の比較研究一。日本公衆衛生雑誌, 43(12):1009-1023 (1996).
- 25) Murrell, S.A., Himmelfarb, S., Wright, K.: Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am. J. Epidemiol.*, 117:173-185 (1983).
- 26) Mmossey, J.M., Shapiro, E.: Self rated health: a predictor of mortality among the elderly. *A.J.P.H.* 72:800-808 (1983).
- 27) 杉澤秀博, 杉澤あつ子: 健康度自己評価に関する研究の展開—米国での研究を中心に—。日本公衆衛生雑誌, 42(6):366-378 (1995).
- 28) 木戸又三, 平沢秀人, 亀井真理子: 老年期うつ病の発生要因—特に身体疾患について—。臨床精神医学, 15:491-498 (1988).
- 29) 青木邦男, 松本耕二: 高齢者の抑鬱性低減に及ぼすスポーツ活動の相対的影響度に関する研究。デサントスポーツ科学, 17:127-137 (1996).
- 30) 青木邦男: 高齢者の自覚的健康度に関する要因。体育学研究, 38(5):375-386 (1994).
- 31) 藤田利治, 大塚俊男, 谷口幸一: 老人の主観的幸福とその関連要因。社会老年学, 29:75-85 (1989).
- 32) 古谷野亘: 主観的幸福度の測定と要因分析。社会老年学, 20:59-64 (1984).
- 33) 間宮武: 性差心理学—男と女—。pp.210-225. 小学館, 東京 (1991).

## SUMMARY

Depressive State of the Elderly  
and Its Correlates

Kunio AOKI and Koji MATSUMOTO

The present study was designed to investigate depressive state of the elderly and to examine factors related depression of the elderly. The data were obtained through questionnaires distributed to 2980 (2173 males, 807 females) elderly people, and multiple regression analysis was applied to the data.

Main findings were as follows:

1) The means and standard deviations for SDS scores were  $37.5 \pm 7.8$  points in the elderly males and  $38.5 \pm 7.7$  points in the elderly females. Females had significantly higher points than males. And, the prevalence rates of depressive symptoms based on SDS point of 48 or higher were 11.9% in males and 13.5% in females.

2) As the results of multiple regression analysis for the effects of 7 factors on depressive state of the elderly males, 4 factors such as "an annual income", "self-rated health", "ADL", "living place" were selected in 5% significant level. Its multiple correlation coefficient was  $R=0.496$  ( $R^2=0.246$ ).

3) For the elderly females, 5 factors such as "number of children", "self-rated health", "frequency of getting adult diseases", "ADL", "living place" are selected in a 5% significant level. Its multiple correlation coefficient was  $R=0.456$  ( $R^2=0.208$ ).

In both genders, Self-rated health and ADL have strongly an effect on SDS of the elderly. Better self-rated health and less ADL respectively promoted the elderly to reduce depressive state.